研究基盤支援施設・受託解析利用申請書

金沢大学疾患モデル総合研究センター研究基盤支援施設長　殿

年月日

　下記の通り研究基盤支援施設の利用を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用料金請求先 | 所属機関名 | 氏名 | 職　名 |
|  |  |  |
| 部局・講座名 | 電話番号 |
|  |  |
| 所属先住所（※金沢大学以外の場合） | E-mail アドレス |
|  |  |
| 実験責任者 | 氏名 | E-mail アドレス | 職名 |
|  |  |  |
| 利用者 | 氏名 | E-mail アドレス | 職名・学年 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 使用期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 |
| ※研究テーマ（公表可能なもの） | 1. |
| 2. |
| 3. |
| 希望の解析に✓をつける | □ DNAシークエンス解析 | □ 質量分析 | □ マイクロアレイ解析 |
| 許可条件（施設使用欄） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決 裁 欄 | 施　設　長 | 組換えDNA実験安全主任者 |
|  |  |

(注)　太枠内は記入の必要はありません。

年　　　月　　　日　受領

年　　　月　　　日　許可